Dr. med. dent.
Ralf Pineda

Haselsberger Straße 29 | 85764 Oberschleißheim | Tel.: (089) 3151926

ANAMNESEBOGEN

Lieber Patient, liebe Eltern,
herzlich willkommen in unserer Praxis.
Damit wir Ihnen eine bestmögliche medizinische Betreuung ermöglichen können, möchten wir Sie bitten, diesen Anamnesebogen auszufüllen. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

PATIENTENDATEN

Name Patient/in _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Name Versicherte/r / Rechnungsempfänger/in _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

PLZ _____ Wohnort _____ Straße _____ Telefon _____

Krankenversicherung _____ Mobil-Nr. _____ E-Mail-Adresse _____

Arbeitgeber d. Versicherten _____ überwiesen von _____ empfohlen durch _____

FRAGEN ZUM GESUNDHEITSZUSTAND

1.) Leiden Sie an akuten Erkrankungen des Kreislaufs (Herz)? ☐ nein ☐ ja _____

2.) Leiden Sie an Inneren Krankheiten (Diabetes usw.)? ☐ nein ☐ ja _____

3.) Bestehen zur Zeit ansteckende Erkrankungen? ☐ nein ☐ ja _____
(z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV ...)

4.) Bestehen Allergien? ☐ nein ☐ ja _____
gegen

6.) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ☐ nein ☐ ja _____
welche?

7.) Knirschen Sie nachts mit den Zähnen? ☐ nein ☐ ja _____

8.) Schnarchen Sie? ☐ nein ☐ ja _____

9.) Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? ☐ nein ☐ ja _____

10.) Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Lächeln? ☹ ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10 ☺

Ort, Datum _____ Unterschrift _____